

report hamburg

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Sept. 2008

ersatzkassen

Mehr Wettbewerb im Krankenhaus bitte!

Gespräch mit dem neuen Gesundheitssenator Dietrich Wersich

Die Einführung bundeseinheitlicher Preise in Deutschland für Krankenhausleistungen wird von uns unterstützt. Ein wesentlicher Bestandteil der Krankenhausreform sollte es allerdings sein, mehr Vertragswettbewerb im Krankenhaus zuzulassen. Das betonte der Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung Hamburg, Günter Ploß, in einem Gespräch mit dem neuen Hamburger Gesundheitssenator Dietrich Wersich. Dabei stellte er u. a. die Ersatzkassenpositionen zur geplanten Krankenhausreform dar und bewertete die Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) in Plön.

So könnten die Kassen für planbare Leistungen wie etwa Kniegelenksprothesen mit den Krankenhäusern eigene Verträge vereinbaren. Ziel wäre es, innovative Verträge mit definierten Qualitätsanforderungen und wirtschaftlichen Synergieeffekten zu Gunsten der Patienten zu schaffen. Daraus resultierende Einsparungen könnten in besonderen Kassentarifen an die Versicherten weitergegeben werden. Hier steckt noch viel Potential, um starre Strukturen in der Krankenhausversorgung aufzubrechen. Die von Senator Wersich befürchtete Entstehung eines Anbietermarktes – mit ähnlichen

Preisentwicklungen wie auf dem Energiemarkt – sieht der VdAK/AEV nicht, da die Interessen der Patienten durch die Kassen gebündelt würden.

In dieser Ausgabe:

- **Gastbeitrag des Gesundheitssenators**
Gesundheitspolitik in Hamburg
- **Pflegereform 2008**
Qualität und Finanzierung nachhaltig gesichert?
- **Arzthonorare**
Vertrauen ist plötzlich wichtiger als Geld

Auch das Hamburger Aktionsbündnis „Qualität statt Spardiät“ bzw. das bundesweite Aktionsbündnis zur „Rettung der Krankenhäuser“ war Bestandteil des Gespräches. Die Defizitszenarien der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft (HKG), die am 17. Juli in einer Pressekonferenz heraufbeschworen wurden, basieren nach unserer Auffassung auf prospektive Annahmen und sind wenig

geeignet, die tatsächliche Finanzsituation der Kliniken darzustellen. Das Aktionsbündnis fordert eine ordentliche und nachhaltige Krankenhausfinanzierung und findet bei den politischen Entscheidungsträgern zunehmend Unterstützung.

Die ökonomischen Kennzahlen sprechen eine andere Sprache. Die finanzielle Lage der Krankenhäuser hat sich von 2003 bis 2006 verbessert, so dass mehr Krankenhäuser finanziell ausgeglichene Ergebnisse und viele gute Renditen erzielen konnten. Der VdAK sieht bei den Krankenhäusern ein grundsätzliches Strukturproblem und weniger ein Kostenproblem. Die Krankenhäuser befinden sich zwar in einem Konsolidierungs- und Konzentrationsprozess, ausgelöst durch die Einführung des DRG-Systems, sodass sie verstärkt im Qualitäts- und im Preiswettbewerb stehen. Die Bettenauslastung in den Kliniken ist aber trotz steigender Fallzahlen auch in Hamburg weiter rückläufig, da die Patienten nicht mehr so lange im Krankenhaus liegen, in Hamburg durchschnittlich 8,4 Tage. Wirtschaftlich hat sich der Krankenhaussektor im Übrigen nicht so schlecht entwickelt wie die restlichen Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Auch wirken sich die Möglichkeiten

der Krankenhäuser, zusätzliche Einnahmequellen zu erschließen, etwa durch das ambulante Operieren im Krankenhaus, positiv auf die Ergebnisse aus.

Die Forderung der Krankenhäuser, den zu erwartenden wirtschaftlichen Anpassungsdruck für alle Krankenhäuser über zahlreiche neue Zuschläge im Stil des alten Selbstkostendeckungsprinzips zu finanzieren, bedeutet eine Steigerung der Beitragssätze von mindestens 0,35 Prozentpunkten. Dabei werden die Krankenhäuser ab 2009 ohnehin eine verbesserte Finanzausstattung durch den zu erwartenden Wegfall des Sanierungsbeitrags (250 Millionen Euro), Wegfall des IV-Abzuges (500 Millionen Euro) und durch höhere Grundlohnsummenentwicklungen (500 Millionen Euro) erhalten.

Der Krankenhaussektor befindet sich weiter in einem Reformprozess, den alle Beteiligten als notwendig ansehen. Der dargestellte Kostendruck ist keine Besonderheit des Krankenhaussektors. Eine Selbstkostendeckung kann nicht die Lösung des Problems sein. Strukturanpassungen, Effizienz- und Produktivitätsanpassungen, ohne den Patienten aus dem Fokus zu nehmen, sollte der Lösungsansatz der Häuser für die Zukunft sein.



Thomas Schulte, VdAK/AEV-Landesvertretung Hamburg

DER KOMMENTAR

Schlechtes Gewissen des Gesetzgebers?

Wer in den letzten Wochen die Aktivitäten der Krankenhausgesellschaften verfolgt, wird feststellen, dass die Horrorbilder und pessimistischen Botschaften („Jedes dritte Krankenhaus schreibt Verluste“, „Gefährdung der Patientenversorgung“) bei den politischen Entscheidungsträgern angekommen sind. Dies erkennt man deutlich an den Entscheidungen der Gesundheitsminister des Bundes und der Länder in Plön Anfang Juli, aber auch an den vorgelegten Referentenentwurf des BMG, der allerdings von der Kanzlerin kurzerhand zurückgezogen wurde. Er wurde nun wieder inhaltsgleich vom BMG vorgelegt.

Die finanzielle Lage der Krankenhäuser ist bei weitem nicht so schlecht, wie sie von der DKG dargestellt wird. Die Krankenhäuser haben sich auf die DRGs gut eingestellt und konnten ihre Einnahmen sogar noch steigern, trotz des vom Gesetzgebers verfügbaren Sparkurses durch die begrenzten Grundlohnsteigerungen und trotz des Sanierungsbeitrages 2007 und 2008. Dazu haben Leistungssteigerungen sowie neue Einnahmen in neuen Leistungsbereichen beigetragen.

Dass drei von vier Krankenhäuser zum Teil sehr gute Gewinne einfahren, liegt auch daran, dass u. a. auch an der Kostenkurve gedreht sowie Personalstellen abgebaut wurden. Dabei wurden im Pflegedienst etwa 50.000 Stellen eingespart. Haben da die Krankenhäuser den Bogen überspannt?

Durch die Aktion „Rettet die Krankenhäuser“ schieben die Krankenhäuser der Politik den „schwarzen Peter“ zu, die diesen, es stehen ja auch wieder Wahlen vor der Tür, geduldig aufnimmt und sich als Retter präsentiert, indem sie Maßnahmen aus der alten Selbstkostendeckung vorschlägt. Die Gefahr besteht, dass die weiteren Krankenhausreformen 2009 zu Lasten des Beitragszahlers gehen. Statt dessen wären aber weitere innovative Maßnahmen nötig, wie zum Beispiel den Vertragswettbewerb auf den Weg zu bringen. Aber Retter in der Not stehen in der Wählergunst halt besser da.

Gesundheitspolitik in Hamburg

Von Dietrich Wersich, Gesundheitssenator der Freien und Hansestadt Hamburg

Hamburg ist die Gesundheitsmetropole im Norden. Darauf sind wir stolz. Uns ist aber bewusst, dass damit auch Herausforderungen verbunden sind. Auch für die Gesundheitspolitik, die in Hamburg unter der schwarz-grünen Koalition sowohl für Kontinuität wie auch für neue Akzente steht.

Als Stadtstaat haben wir in Hamburg eine spezielle Situation: Fach- und Spezialärzte sowie Krankenhäuser sind räumlich nah und konkurrieren besonders um Patienten und die besten medizinischen Konzepte. Ich bin ein Befürworter des Wettbewerbs, dazu gehört aber die Klärung, um welchen Wettbewerb es genau geht. Ein Vertragswettbewerb, egal ob bei Krankenhäusern oder bei Heilmitteln, darf nicht über den Kopf des Patienten hinweg stattfinden. Dies fördert Oligopolen von Seiten von Kassen und Anbietern. Stattdessen muss der Patient als steuerndes Element gestärkt werden. Mit seiner Entscheidung, wo er sich behandeln lässt, muss er entscheiden, wohin Ressourcen fließen. Dann stehen Service und Qualität wieder im Mittelpunkt. Für die Politik bedeutet dies, dass wir z.B. mit der staatlichen Krankenhausplanung keine Patientenlenkung vornehmen, sondern das Patienten-Wahlverhalten beachten und die Versorgung sicherstellen. Für einen funktionierenden Wettbewerb zwischen ambulanten und stationären Anbietern benötigen zudem beide die gleichen Vertragsbedingungen. Hier gibt es Handlungsbedarf, denn dies ist längst nicht der Fall.

Aber die Ausgaben im Gesundheitswesen sind nur eine Seite. Ich sehe die Gesundheitsversorgung nicht als lästigen Kostenfaktor, sondern ich will die Chancen der Gesundheitswirtschaft erkennen und fördern. Sie ist für Innovation, Wachstum und Beschäftigung in der Metropolregion überaus bedeutend. Hamburg will national und international die Gesundheitsmetropole sein, die für aktuelle Herausforderungen im Bereich Gesundheit kompetente Lösungen anbietet, aber auch ein attraktiver Ort für junge Talente in Life Sciences und Gesundheitswesen ist.

Künftige Schwerpunkte unseres Handels liegen u. a. in der Prävention und der Früherkennung. In der Prävention streben wir einen Pakt mit allen Akteuren des Gesundheitswesens, aber auch mit der Wirtschaft und Verbänden an. Mit ihm sollen die Gesundheitsförderung und die individuelle Gesundheitskompetenz gestärkt werden. Ich sehe hier gerade in den Bereichen Bewegung und Ernährung, aber auch bei der Vorsorge und der Inanspruchnahme von Früherken-

nungsuntersuchungen Möglichkeiten. Außerdem sollen Beratungsangebote ausgeweitet oder der Zugang zu ihnen erleichtert werden, etwa für Minderjährige mit Essstörungen, Obdachlose oder Zuwanderer.

Auch der Bereich Pflege wird in Zukunft noch mehr an Bedeutung gewinnen. Dort hat sich viel entwickelt und verbessert, aber es gibt weiteren Handlungsbedarf. Die Pflegekräfte in den Einrichtungen leisten gute Arbeit, die Respekt verdient. Wir müssen uns aber auf den demographischen Wandel und sich veränderte Familienstrukturen einstellen, weg vom Familienverband bei gleichzeitigem Wunsch nach ambulanter Betreuung. Das Gros der Menschen hat den Wunsch, im Alter zuhause oder in privater Atmosphäre gepflegt zu werden. Durch eine stärkere Ambulantisierung oder die Einrichtung von Wohngemeinschaften wollen wir dem Rechnung tragen.

Doch die Angebotsvielfalt ist das eine, die Qualität das andere. Die Menschen sind zu Recht kritisch und wählerisch bei der Entscheidung, wo und wie Pflege erfolgen soll und wollen Transparenz bei den Angeboten. Das greifen wir durch die Einrichtung von Pflegestützpunkten auf, aber ebenso durch mehr Personal und eine höhere Kontrolldichte durch die Heimaufsicht. Ein besonderes Augenmerk der Gesundheitspolitik gilt auch den Kindern. Der Hamburger Senat kämpft hier auch auf Bundesebene seit Jahren für Verbesserungen und hat eine Menge umgesetzt: z.B. wurde in die Kinderrichtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses aufgenommen, dass der untersuchende Arzt bei erkennbaren Zeichen einer Kindesvernachlässigung oder -misshandlung die notwendigen Schritte einzuleiten hat und die U7a wurde eingeführt. Zur Vorbeugung und zum Schutz vor Vernachlässigung und Misshandlung brauchen wir eine höhere Teilnahme bei Früherkennungsuntersuchungen. Wir möchten deshalb durch Rahmenvereinbarungen erreichen, dass die Kassen alle anspruchsberechtigten Versicherten zu den Untersuchungen einladen und wir dann bei den Nichtteilnehmern klären können, ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt.



Dietrich Wersich, Senator für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz

Pflegereform 2008:

Qualität und Finanzierung nachhaltig gesichert?

Diese Frage stellte die Hamburger Landesvertretung der Ersatzkassenverbände (VdAK/AEV) in einer Veranstaltung am 15.07.08 in der katholischen Akademie.

In seinem Eingangsreferat ging Günter Ploß, Leiter der Landesvertretung, auf die Frage ein: „Wie nachhaltig wirkt sich das Pflegeweiterentwicklungsgesetz auf die Finanzlage und auf die Versicherten aus?“ Es gelte, die positiven Entwicklungen durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz nicht klein zu reden, doch die Frage nach dem erwarteten großen Wurf müsse gestellt werden. Nachhaltigkeit heiße Sicherung der Finanzierung und da reiche der Horizont des Gesetzes eben kalkulatorisch, mit viel gutem Willen nur bis Ende 2014. Die Möglichkeit einer echten Dynamisierung der Leistungen wurde auf 2015 verschoben. Zudem wird der demographische Wandel spürbar. Bis 2030 nimmt die Zahl der Pflegebedürftigen im Vergleich zu 2005 voraussichtlich um über 40 Prozent zu, die Anzahl der Pflegebedürftigen der Pflegestufe III verdoppelt sich, Szenarien, für die eine Antwort aussteht. Die Forderung des VdAK/AEV: Sicherung der Finanzierung gemeinsam von allen gesetzlich und privat Versicherten, entweder durch Einführung einer umfassenden Bürgerversicherung oder durch Einführung eines Finanzausgleichs zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung.

Die Pflegereform bietet aber auch weitere Inhalte, über die sich trefflich streiten lässt, zum Beispiel die Pflegestützpunkte. Hierzu referierte Maria Maderyc, Leiterin des Amtes für Soziales der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz. Die aktuelle Vorstellung ihrer Behörde liegt bei der Errichtung von etwa zwanzig Stützpunkten. Frau Maderyc zeigte in ihrem Referat die Vielfalt der bestehenden Strukturen und potentiellen Kooperationspartner auf. Es gelte neben Ehrenamt und Selbsthilfe, Pflegekonferenzen und Seniorenbeiräten, Kostenträgern der Altenhilfe sowie der Pflege- und Krankenkassen, Leistungserbringer und Dienstleister in Beratungskonzepten zu berücksichtigen. Einigkeit besteht mit dem VdAK/AEV zu einer wettbewerbsneutralen Ausgestaltung, das heißt: keine Stützpunkte bei Leistungserbringern oder Pflegekassen. Die Kranken- und Pflegekassen stellen Ansprechpartner für

das Fallmanagement, Leistungsentscheidungen verbleiben bei der zuständigen Kasse.

Ein weiterer Schwerpunkt des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes liegt in den Qualitäts- und Transparenzanforderungen an Pflegeeinrichtungen. Als Referent stand hierzu Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände (MDS) zur Verfügung. Kern der Reform ist der Ausbau der Qualitätsprüfungen der Einrichtungen durch die Medizinischen Dienste, die dann ab 2011 jährlich erfolgen. Der Fokus der Prüfungen wird auf der Ergebnisqualität liegen. Die Ergebnisse sind in laienverständlicher Form von den Landesverbänden der Pflegekassen zu veröffentlichen und bilden somit die Grundlage für eine transparente, einheitliche, übersichtliche Darstellung der Qualität einer Einrichtung. Pick stellte einen ersten Umsetzungsvorschlag der Medizinischen Dienste zur Veröffentlichung der Prüfungsergebnisse vor.

Von der Öffentlichkeit nahezu unbemerkt arbeitete in den letzten achtzehn Monaten der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Sein stellvertretender Vorsitzender, Prof. Dr. Udsching, Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht, referierte zu den Arbeitsergebnissen des Beirats. Ziel sei eine Abkehr vom Hilfebedarf bei den Alltagsverrichtungen und vom Faktor Zeit, sowie eine Hinwendung zu einer umfassende Bewertung aller körperlichen und kognitiven/psychischen Defizite als Grundlage der Bemessung des Unterstützungsbedarfs. Nicht das Ausmaß von Funktionseinbußen sei zu beurteilen, sondern ein umfassendes, fähigkeitsbezogenes Begutachtungsassessment sei zu entwickeln. Das Verfahren wird zur Zeit von unabhängigen wissenschaftlichen Einrichtungen auf seine Validität und Verlässlichkeit sowie Praktikabilität überprüft.

Im Anschluss an die Referate war unter der Moderation von Marion Förster genügend Zeit für eine umfassende Diskussion, in der vor allem die Vorstellungen zu Pflegestützpunkten und Transparenz von Pflegequalität hinterfragt wurden.

Die Vorträge können abgerufen werden unter: <http://www.vdak-aev.de/LVen/HAM/Standpunkte/index.htm>

Arzthonorare 2008 und 2009

Vertrauen ist plötzlich wichtiger als Geld

Die Honorarverhandlungen für die Hamburger Ärzte im Jahre 2008 war diesmal eine besondere Herausforderung für alle Beteiligten. Eine Herausforderung waren die Verhandlungen allerdings schon immer. Schließlich waren unterschiedliche Interessen zu einem gemeinsamen Ergebnis zu bündeln: die der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH), die als Interessenvertreter ihrer Ärzte ein möglichst hohes Honorar zu erreichen versucht und die Ersatzkassen, die eine gute Versorgung zu günstigen Preisen erzielen möchten.



Vertrauen ist nicht nur bei der ärztlichen Behandlung wichtig, es fördert auch die Einigungsfähigkeit bei den Honorarverhandlungen.

Die „Fronten“ waren klar. Aber irgendwie war alles ein bisschen anders im Jahr 2008. Das fing schon mit dem Verhandlungstermin an. Eigentlich war die KVH immer bestrebt, möglichst frühzeitig zu verhandeln, um ihren Ärzten zeitig im Jahr höhere Vergütungen zukommen zu lassen. Dieses Jahr dauerte es auch immerhin bis Anfang April, bis die Verhandlungen aufgenommen wurden.

Warum traf man sich erst so spät im Jahr? War alles anders? Immerhin waren die Maximalforderungen der KVH dann doch wie erwartet. Aber von der Stimmung war es eine Verhandlung der leiseren Töne. Grund war der Gesetzgeber. Hat doch der Bundestag die große Reform im Gesundheitswesen beschlossen. Und deshalb wird zum 1. Januar 2009 alles neu geregelt. Es gibt den Gesundheitsfonds, den morbiditätsorientierten Risiko-

strukturausgleich, und auch das Honorar der Ärzte wird reformiert. Hier kann man wirklich von einer Reform sprechen, denn nichts bleibt, wie es heute ist. Ob es auch besser wird, hängt immer von der Sicht des Betrachters ab. Hoffentlich ist an alle gedacht worden, auch an die Kranken.

Die Verhandlungen unterschieden sich deutlich von den bisherigen Verhaltensweisen. Wichtiger als eine Position für das Jahr 2008 durchzusetzen, war für das Jahr 2009 richtig positioniert zu sein. Das Jahr 2008 ist im Honorarbereich Ärzte ein Auslaufmodell. Viele lieb gewonnene Faktoren sind ab 2009 mit den gesetzlichen Bestimmungen nicht mehr vereinbar. Beide Seiten versuchten, Fehlpositionierungen für das Jahr 2009 zu vermeiden. Irgendwann setzte sich dann die Erkenntnis durch, dass das größte Kapital möglicherweise ein funktionierendes Vertrauensverhältnis zwischen den Vertragspartnern ist. Soll ich mein Gegenüber wirklich mit diesem Detail noch weiter quälen? „Kann ich hier möglicherweise einmalig noch 10.000 Euro mehr Erlösen?“ „Kostet mich ein solches Verhalten möglicherweise Vertrauen und damit dauerhaft erheblich mehr Geld?“ waren die wichtigeren Fragen.

Als sich die Erkenntnis durchsetzte, dass es auf das Vertrauensverhältnis ankommt, stieg die Kompromissbereitschaft auf beiden Seiten erheblich an. Plötzlich konnten Problembereiche zu Paketen zusammengefasst werden. Es gab ein Geben und Nehmen. Selbst bisher immer mit Absolutheitsanspruch vorgetragene Positionen konnten zumindest im Einzelfall abweichend von den Regelungen der Vergangenheit gelöst werden.

Was wird vom Honorarjahr 2008 in Erinnerung bleiben? Die Ärzte haben die volle Grundlohnsumme erhalten. Bei den Versicherten ist an Eltern und Kinder gedacht worden, bekommen doch die Kinder die zusätzliche Vorsorgeuntersuchung 7 a, mit der Auffälligkeiten im 3. Lebensjahr erkannt werden sollen, um frühzeitig eine Behandlung einleiten zu können.

Kann nicht jedes Jahr ein Übergangsjahr sein? Dem Vertrauensverhältnis würde dies gut tun. Eines wird nächstes Jahr auf jeden Fall anders. Der erste Verhandlungstermin für das Jahr 2009 ist am 4. September, aber 2008!

Acht Monate Verhandlungsmarathon

Mit der Honorarverteilung im ärztlichen Bereich legen die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH) und die Kassenverbände gemeinsam fest, wie das Geld auf die einzelnen Ärztegruppen/Ärzte verteilt wird. Eine Vielzahl von gesetzlichen Regelungen gibt dabei den Rahmen vor. Die Honorarverteilung für das jeweils nächste Quartal muss rechtzeitig vor Quartalsbeginn veröffentlicht werden, damit sich die Ärzte wirtschaftlich darauf einstellen können.

Zum 1. Januar 2008 stand wieder einmal ein Einschnitt für die Honorarverteilung an. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) war für das gesamte Bundesgebiet modernisiert worden, der EBM 2008 entstanden.

Im Durchschnitt wertet der EBM 2008 in der Gesamtsumme die ärztlichen Leistungen auf. Unter diesem Durchschnitt verbergen sich aber Auf- und Abwertungen, die in der Gesamtsumme zu einer Aufwertung führen. Zeitgleich existiert für das Jahr 2008 noch die gesetzliche Deckelung des Honorarbudgets Ärzte. Mehr Geld zur Verteilung auf die Ärzte, zusätzlich zu der jährlich vom Gesetzgeber

vorgegebenen Steigerungsrate (für 2008 plus 0,64 Prozent), steht also nicht zur Verfügung.

Die erwähnten Auf- und Abwertungen wirken aber unterschiedlich auf die einzelnen Ärztegruppen. Für die eine oder andere Arztgruppe, etwa Anästhesisten oder Frauenärzte, drohte das Jahr 2008 durch den neuen EBM zu einer Minusrunde zu werden. Profitiert hätten Hausärzte, die fachärztlich tätigen Internisten und die Kinder- und Jugendpsychiater. Da die KVH keine Minusrunden für einzelne Arztgruppen vor diesen vertreten wollte, tat sie alles, um die gesetzlich vorgegebene Umsetzung zu unterlaufen oder zu verzögern.

Erst nach fast acht Monaten Verhandlungen konnte der neue EBM 2008 zum 1.7.2008 seine Wirkung in Hamburg entfalten. Vorher hatte die Kassenseite zugestimmt, die Auswirkungen des neuen EBM abzumildern, das heißt, die Einkommensrückgänge bestimmter Arztgruppen wurden auf einen Prozentsatz beschränkt. Im Umkehrschluss bedeutet das, dass andere Arztgruppen nicht so viel Geld mehr erhalten, wie sie möglicherweise durch die EBM-Reform bekommen hätten.

116 b: Verhandlungen gescheitert

Nachdem die Beteiligten der Krankenhausplanung in Hamburg über die ersten Anträge nach dem neuen § 116 b SGB V entschieden und sie von der Behörde zugelassen worden waren, nahmen die Kassen und die Vertreter der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft (HKG) zeitnah die ersten Verhandlungen auf. Ziel war es, eine Umsetzungsvereinbarung festzulegen. § 116 b SGB V regelt die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen und Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen in Krankenhäusern.

Auch wenn das Gesetz mit der heißen Nadel gestrickt wurde, sehen die Kassen in der Öffnung der Krankenhäuser für die betroffenen Versicherten durchaus Vorteile. Defizite in der ambulanten Versorgung bei speziellen Behandlungen werden nun ausgeschaltet, und der Umweg über eine stationäre Behandlung ist oft nicht mehr nötig. Somit wird die Erbringung dieser Leistungen für die Solidargemeinschaft insgesamt wirtschaftlicher.

Für die Krankenhäuser, die diese Leistungen anbieten, bedeutet es die Schaffung neuer Einnahmequellen. Die Honorierung dieser Klinikleistungen ist nicht an die Gesamtvergütung gekoppelt, und die Finanzierung ist auch nicht durch Budgets gedeckelt, sodass auch keine Krankenausgleichs fällig werden. Da es sich um sehr teure Leistungen handelt, sind diese für die Krankenhäuser finanziell sehr attraktiv.

Der Gesetzgeber hat den Beteiligten für die konkrete Umsetzung viel Raum gelassen. Die Kassen waren guter Hoffnung, schnell eine freiwillige Umsetzungsvereinbarung mit der HKG zu erreichen. Leider steckt der Teufel wie üblich im Detail. Aus Sicht der Kassen müssen Abrechnungs-, Wirtschaftlichkeits-, Qualitätskriterien ebenso wie Inhalte zur Vermeidung von Doppelleistungen geregelt werden, damit finanzielle Anreize, Fälle zurück in die stationäre Behandlung zu verschieben, nicht gegeben sind. Diese Regelung, analog der Fristen des § 115 a SGB V, wurde abgelehnt und führte nun zum vorläufigen Scheitern der Verhandlungen.

KZV: „Heilige Kuh“ geschlachtet

Die Ersatzkassen in Hamburg streben weiterhin eine Verkürzung des Vergütungsabstandes zu den anderen Krankenkassenarten bei der zahnärztlichen Vergütung an. Dies scheint auch Schritt für Schritt zu gelingen, denn mit dem Honorarvertrag für das Jahr 2008 hat sich der VdAK/AEV in Hamburg erneut mit der Kas-



Vor allem unter Fondsbedingungen muss der Vergütungsabstand in der zahnärztlichen Versorgung dringend verringert werden.

senzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Hamburg über eine Vergütung geeinigt, die eine Anpassung unterhalb der Grundlohnsummenentwicklung festlegt. Dies gilt insbesondere für den ausgabenstarken Bereich der konservierend-chirurgischen Leistungen.

Im Gegenzug haben die Ersatzkassen in Hamburg bei der Individualprophylaxe eine „heilige Kuh“ geschlachtet und eine Anpassung deutlich oberhalb der Grundlohnsummenentwicklung vorgenommen. Diese Mehrkosten mussten auch die anderen Kassenverbände tragen.

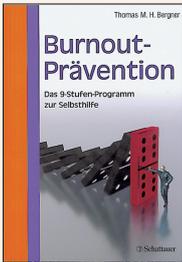
Die Ersatzkassen haben in den Verhandlungen stets betont, dass gerade unter den zu Beginn des Jahres 2009 eintretenden Fondsbedingungen ein weiteres Auseinanderklaffen der Vergütungsabstände zu den anderen Krankenkassenarten zu einer Überanspruchnahme der Ersatzkassen führen würde. Seit Jahren vergüten sie die zahnärztlichen Leistungen erheblich besser als andere Kassenarten.

Inwieweit es gelungen ist, den Zahnärzterevertoren zu verdeutlichen, dass spätestens unter den neuen Wettbewerbsgesichtspunkten eine Subventionierung anderer Kassenarten nicht mehr in Betracht kommen kann, werden die Verhandlungen der nächsten Jahre zeigen. Die Ersatzkassen werden jedenfalls weiter darauf hinarbeiten, dass sie nur die gesetzlichen Leistungen finanzieren, die ihre Versicherten auch tatsächlich erhalten.

KURZ GEMELDET

- Die gesetzlichen Krankenkassen fördern in diesem Jahr erstmals gemeinsam die Arbeit von Hamburger Selbsthilfeorganisationen im Gesundheitsbereich. Gefördert werden 39 Organisationen mit über 90 000 Euro.
- Vierzehn ambulante Hospizdienste haben kürzlich von den Krankenkassen in Hamburg eine finanzielle Förderung erhalten. Insgesamt wurden sie mit über 480 000 Euro unterstützt. 2007 haben die jetzt geförderten Dienste mit insgesamt 357 ehrenamtlich Tätigen 494 Sterbebegleitungen in Haushalten und Familien erbracht. Seit 2001 wurden damit mehr als 1650 sterbende Menschen in Hamburg zu Hause begleitet.
- Seit Juni gibt es die U 7a, eine neue Vorsorgeuntersuchung für Kinder vom 34. bis 36. Lebensmonat. Es geht dabei unter anderem um die frühzeitige Erkennung von Seh- und Sprachstörungen und andere Auffälligkeiten. Für Versicherte bis zum 18. Lebensjahr und Vorsorgeuntersuchungen generell fällt keine Praxisgebühr an.
- Seit April gibt es auch in Hamburg das Mammographie-Screening, die Röntgenaufnahme der Brust, ein neues Angebot der Krankenkassen neben der üblichen Krebsvorsorge. Zunächst haben die Frauen in Hamburg die Einladung zur Untersuchung. Derzeit sind die Bergedorferinnen dran. Die Ersatzkassenverbände ermutigen alle Frauen, an der Untersuchung teilzunehmen.

BÜCHER



Burnout Prävention – Das 9-Stufen-Programm zur Selbsthilfe

Dr. Thomas M. H. Bergner,
Schattauer Verlag für Medizin und
Naturwissenschaft, Stuttgart, 2007,
276 Seiten, 29,95 Euro

Der Autor beschreibt typische Burnout-Symptome zur Selbstdiagnostik und liefert mit dem 9-Stufen-Programm ein breites Spektrum an Strategien, um Burnout zu vermeiden bzw. dagegen vorzugehen. Mit Fragen zur Selbsteinschätzung sowie Übungseinheiten und Tests analysiert der Leser die eigene aktuelle Situation und findet so neue Wege im Umgang mit sich selbst. Das Buch enthält 27 Tests, 93 Übungen, 18 Abbildungen und 26 Tabellen.

DER HAMMER DES MONATS

Wie bitte, was?

In der „MWW-Fortschritte der Medizin“ Nr. 5/2008 haben wir gelesen, wie Jugendliche einem Arzt ihre Beschwerden beschreiben. Diesen Beitrag möchten wir Ihnen nicht vorenthalten:

„Zu allen Zeiten haben bestimmte gesellschaftliche Gruppen ihre eigene Sprache entwickelt, die sie von anderen abgrenzen sollte und als Mittel der Gruppenidentifikation diente. Wenn Sie über 50 sind, könnten Sie bei der Anamnese mit Jugendlichen möglicherweise Verständigungsschwierigkeiten haben. Hier ist ein Auszug aus dem Wörterbuch der Jugendsprache, der sich auf Körperzustände und -funktionen bezieht.

Aalcatchen – Zungenküsse tauschen
Abgallen – erbrechen
Abgestempelt sein – keine Jungfrau mehr sein
Abschleppöse – Piercing in der Nase
Achselfasching – behaarte Achseln
Achselkaffee – Schweißfleck unter den Achseln
Achselmoped – Deoroller
Achselferror – stark schwitzend
Akne-X – eine Person mit vielen Pickeln im Gesicht
Alimentenkabel – Penis
Ameisentiäten – Gänsehaut
Analhusten – eine Blähung entweichen lassen
Aufmopsen – sich die Brüste vergrößern lassen
Beidseitig befahrbar – bisexuell sein

Bitchburner – Solarium
Blechpickel – Piercing
Blümchenkiller – Vegetarier
Bombenabwurfzone – Toilette
Braureitumor – Bierbauch
Clerasil-Testgelände – Gesicht mit vielen Pickeln
Dönern – eine Blähung haben
Eingelasert – tätowiert
Elvis pressen – urinieren
Entkorken – entjungfern
Feinkostgewölbe – dicker Bauch
Euterdraht – Büstenhalter
Fliegengefährdet sein – Mundgeruch haben
Friedhofsblond – grauhaarig
Fünf gegen Willi machen – onanieren
Gesäßhusten – eine Blähung entweichen lassen
Gesichtstuning – Schönheitsoperation
Getreidekauer – Vegetarier
Güllebunker – Toilette
Hauptgenerator – Penis
Höhlenforscher – Gynäkologe
Kloschüsselsprenger – Durchfall
Knabberkiste – Mund
Krümelhusten haben – sich übergeben
Kurvenschuhe anhaben – betrunken sein
Lungentorpedo – Zigarette
Mädchen-TÜV – Frauenarzt
Mundgardine – Vollbart
Mundgully – Mundgeruch
Nahkampfstachel – Penis
Penisbude – Kondom
Pestlippe – Herpes haben
Rentner-Bravo – Apothekenumschau
Rüsselpest – Schnupfen
Schüsselbrüllen – sich übergeben
Sprühwurst – Durchfall
Sticksie – spindeldürr
Streuselschnecke – Person mit Pickeln im Gesicht
Truckerduche – Deo
Tussitreff – Damentoilette
Umtapezieren – die Damenbinde wechseln
Verdunstet – dünn, magersüchtig
Wanztrammeln – Bauchschmerzen
Würfelhusten – Erbrechen

Ausgewählt von H. S. Füeßl, Quelle: Wörterbuch der Jugendsprache, Ernst Klett Sprachen GmbH, Stuttgart 2007“

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Hamburg des VdAK/AEV
Mittelweg 144 · 20148 Hamburg
Telefon: 0 40 / 41 32 98 20 · Telefax: 0 40 / 41 32 98 22
E-Mail: LV_Hamburg@VdAK-AEV.de
Redaktion: Vera Kahnert · Verantwortlich: Günter Ploß